

## **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Сушков С.А., Криштопов А.Л.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** В хирургии последних десятилетий XX века отчетливо проявилось стремление хирургов к максимальному сохранению пораженных патологическим процессом органов. Выполнение органосохраняющих операций при некоторых заболеваниях позволило существенно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов. Благодаря внедрению во флебологическую практику современных методов ультразвукового исследования сосудов в последние десятилетия флебэктомия перестала быть единственным оперативным вмешательством при варикозной болезни. Начали применяться новые операции, комбинированные методы лечения. У флебологов также появилось желание сохранить основные стволы поверхностных вен. К настоящему времени разработаны два варианта гемодинамических оперативных вмешательств CHIVA-терапия и методика OCRAM [2,3]. В первом случае производится кроссэктомия и диссекция перфорантных вен, во втором кроссэктомия заменена экстравазальной коррекцией приустьевой зоны. Данные оперативные вмешательства нашли и сторонников, и противников [1]. В тоже время анализ литературы показывает, что дальнейшее совершенствование методики гемодинами-

ческих вмешательств будет способствовать их применению как способа окончательного или этапного лечения варикозной болезни.

В связи с вышеизложенным, нам представилось актуальным изучить результаты применения данного вида операций.

**Цель** настоящего исследования – изучить результаты применения гемодинамических вмешательств при варикозном расширении вен нижних конечностей.

**Методы.** Гемодинамические операции по методике OCRAM выполнены 18 пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей: 17 из них – женщины, 1 – мужчина. Средний возраст  $34,8 \pm 9,3$  лет. У всех больных при клиническом обследовании имелись расширения отдельных венозных ветвей на голени, признаки хронической венозной недостаточности отсутствовали. В соответствии с Международной классификацией CEAP у всех больных стадия заболевания была C2.

В предоперационном периоде для оценки клапанного аппарата глубоких вен, а также состояния остиального клапана и ствола большой подкожной вены производились дуплексное ангиосканирование с цветовым кодированием потоков крови и бедренная ретроградная флебография. У всех пациентов выявлена относительная недостаточность приустьевого клапана при сохранении целостности клапанных створок, основной ствол большой подкожной вены на бедре был не изменен. Оперативные вмешательства произведены под спинальной или эпидуральной анестезией. Во время операции экстравазальную коррекцию остиального клапана осуществляли лавсановой спиралью А.Н. Веденского, суживая вену на  $1/3$  от диаметра, определенного во время ультразвукового исследования в вертикальном положении, варикозно-расширенные вены на голени удалялись из отдельных разрезов или по методу Мюллера. В отличие от классической методики мы не лигировали ствол большой подкожной вены ниже перфоранта Гунтера.

В послеоперационном периоде больным назначались ненаркотические анальгетики, аспирин и в течение 3-4 суток гепарин в профилактической дозе. Эластичные бинты накладывались только на голень. Ходить пациентам разрешалось в первые часы после вмешательства, а со вторых суток им назначался комплекс ЛФК. Все больные осмотрены через один год после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно. Больные в большинстве случаев вообще отказывались от анальгетиков, отмечая практически отсутствие болевого синдрома. Признаков острого тромбофлебита большой

подкожной вены или других осложнений не было ни у одного больного. Средние сроки послеоперационного периода составили  $9 \pm 1,8$  дней. Однако следует отметить, что уже первый опыт свидетельствует о возможности их существенного сокращения.

При повторном осмотре через год только у одной больной мы выявили новые ветви варикозно-расширенных вен на голени. Жалоб, свидетельствующих о прогрессировании венозной недостаточности, никто из осмотренных не предъявлял. Все 18 пациентов были удовлетворены результатами оперативного вмешательства.

Первый опыт применения гемодинамических операций по методике OCRAM свидетельствует, что данное вмешательство является малотравматичным и может рассматриваться как метод малоинвазивного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Гемодинамические операции следует применять на ранних стадиях заболевания при сохранении анатомической целостности створок притустевого клапана и неизменном стволе большой подкожной вены. Применение данного вида оперативных вмешательств позволяет сохранить большую подкожную вену, которая может при необходимости использоваться для аутовенозной пластики. В дальнейшем следует изучить результаты лечения в более отдаленные сроки.

#### **Выводы.**

1. Гемодинамические операции по методике OCRAM являются малоинвазивными вмешательствами и могут применяться при лечении варикозной болезни нижних конечностей.

2. Гемодинамическая коррекция показана больным при сохранении анатомической целостности створок остиального клапана, неизменном стволе большой подкожной вены и отсутствии клапанной недостаточности глубоких вен.

Литература:

1. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева – М.: Медицина, 2001 – 664 с.

2. Francheschi C., Franco A. La cure CHIVA // Phlebologie – 1989 – Vol 42 – P. 567-568.

3. Nasi A. OCRAM.: Operacion correctiva de reflujo ambulatoria por una mini-incision: Union Internationale de Phlebologie XII World Congress, London, 1995 // Phlebologie – 1995 – Vol.1 – P. 413-415.